CONSIDÉRATIONS

N° 122.

SUR

LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE,

ET SUR CELUI DES INDES ORIENTALES EN PARTICULIER ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 juillet 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR PIERRE-MARIE LEVINCENT, de Pontrieux,

Département des Côtes-du-Nord.

In febribus acutis convulsiones, et circà viscera dolores vehementes, malum.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur.*	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Suppléant.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur.*	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FAMILIÆ, AMICIS.

Gratitudinis et reverentiæ pignus.

P.-M. LEVINCENT.

FAMILIÆ, AMICIS.

Gratitudinis et reverentiæ pignus.

P.-M. LEVINCENT

CONSIDÉRATIONS

SUR

LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE,

ET SUR CELUI DES INDES ORIENTALES EN PARTICULIER.

Une admirable histoire du choléra, dont les traits les plus saillans se retrouvent dans les Épidémies d'*Hippocrate*, nous a été léguée par le talent éminemment descriptif d'*Arétée*, de Cappadoce (liv. 2, chap. 5, pag. 17) : je la cite sans la copier ; les bornes étroites de ma thèse m'imposent le devoir de me renfermer dans ma question. Je ne dirai qu'un mot du choléra sporadique. Qu'il soit le résultat d'une action déterminée sur le tube digestif et d'une cause efficiente connue, ou qu'il se soit développé sous l'influence de causes plus générales et plus éloignées, accidentel ou spontané, pour me servir des mots de l'École, ce choléra présente constamment le même ensemble de phénomènes : il y a toujours des vomissemens et des déjections alvines en abondance, des spasmes, des crampes, du froid aux extrémités, de la diminution dans la force du cœur. Je n'ai pas à m'occuper de lui ; je me hâte d'arriver au choléra épidémique.

Les épidémies cholériques sont fréquentes aux Indes-Orientales ;

mais elles peuvent régner sous des latitudes élevées. *Sydenham* nous a laissé le tableau de celle qu'il observa à Londres en 1669. Il est vrai qu'elle parut au commencement d'août, pour s'affaiblir et disparaître dans le courant de septembre, et qu'elle trouva dans la chaleur de cette saison une condition favorable analogue à celle des influences climatériques continues. Mais la chaleur du mois d'août peut-elle seule expliquer le développement de cette maladie dans nos contrées septentrionales? alors, pourquoi ne la produit-elle pas toujours? Une différence de quelques degrés dans le thermomètre suffit-elle pour donner lieu à un tel résultat? n'y aurait-il pas dans l'air quelque chose de spécial et d'inconnu, capable d'altérer la composition des humeurs, comme le dit *Sydenham*, ou plutôt de modifier profondément l'innervation? Je reproduis fidèlement le texte de SYDENHAM : « *Quisquis « cholerœ morbi legitimi.... phœnomena studiosè collegerit, fatebitur mor- « bum istum ab hoc (epidemico) nostro toto cœlo distare, haud aliter ac si « in aere peculiaris mensis hujus (augusti) lateat reconditum et peculiare « quidquam, quod specificam hujusmodi alterationem, soli huic morbo adap- « tam, vel cruori vel ventriculi fermento valeat imprimere.* » (TH. SYDENHAM, *Op. med., tom.* 1, *sect.* 2, *cap.* 3, *pag.* 108.) Ce médecin illustre avait observé, dans les années qui précédèrent le choléra de 1669, des épidémies pestilentielles dont il plaçait l'origine dans un état particulier de l'atmosphère. Bien qu'il ne paraisse pas avoir cherché de liens de parenté entre ces épidémies de formes diverses, il les rapproche, à son insçu, par le caractère commun d'une viciation spécifique de l'air. Cette donnée est d'une grande importance, et je me propose d'en faire l'application.

Pendant un séjour de vingt mois au Bengale, et dans le district de Bénarès, j'ai pu étudier le choléra sous toutes les faces. Sporadique et accidentel, il ne diffère du choléra que l'on observe en Europe que par la violence de ses symptômes et la rapidité de sa marche; épidémique, c'est moins à la chaleur étouffante du climat qu'à l'action des miasmes qu'il doit son développement sur une large échelle. Arrivé au Bengale le 17 juin 1826, l'équipage du *Fils de France*, parti de

Nantes, ne compta aucun cholérique tant que le vaisseau fut à l'ancre dans le Gange. Dix jours après, la nécessité d'une grave réparation fit conduire le *Fils de France* dans un des bassins de la rive droite; un appareil est destiné à vider ces derniers, et à découvrir ainsi la quille du navire. La fermentation que le soleil détermina dans le fond vaseux du bassin donna naissance à des miasmes, dont l'influence fut telle, que, dix-huit heures après, le choléra frappa indistinctement les hommes les plus vigoureux comme les plus faibles de l'équipage. Aucun changement n'avait eu lieu dans le régime, la température n'avait pas varié, le travail était modéré, les matelots étaient dans l'impossibilité de se livrer au moindre excès; je ne pouvais donc accuser que les miasmes. Au reste, les délayans, l'éther et le laudanum, firent justice de ce choléra. Depuis, j'eus souvent occasion d'observer des épidémies cholériques. Elles sont très-communes dans les villes indiennes; les miasmes qui s'élèvent de ces rues étroites et tortueuses, de ces habitations basses, peu aérées, pressées les unes contre les autres, rendent raison de leur fréquence. Mais je fus surpris étrangement, quand aux symptômes purement cholériques des anciens et des modernes, j'en vis se joindre, en plusieurs cas, de tout nouveaux, de bien autrement graves, dont ne parlaient qu'obscurément les relations de l'Inde elle-même. Des secousses comme épileptiques, de véritables trismus, des roideurs presque tétaniques, du délire furieux, du coma, venaient, successivement ou à la fois, compliquer la physionomie primitive du choléra. Ces nouvelles formes étaient meurtrières; je dus renoncer au traitement de *Sydenham* pour une énergique médication, variée suivant les symptômes prédominans. Avant d'y parvenir, j'eus besoin de me familiariser avec ces êtres nouveaux, de les analyser, de les comparer entr'eux et aux phénomènes ordinaires de la maladie. Cette étude me ramena à l'examen des nombreux rapports que j'avais lus précédemment sur le choléra des Indes-Orientales; elle me donna la clé des contradictions apparentes qui y fourmillent. Ils roulent presque tous sur le choléra épidémique qui ravagea l'Asie de 1817 à 1824. Je me bornerai aussi à cette épidémie,

parce qu'elle a été observée par beaucoup de médecins d'opinions et de positions différentes; parce qu'elle a parcouru la plus grande partie de l'Asie, et moissonné au moins six millions d'habitans; parce que les modifications singulières qu'elle a subies dans ses formes expliquent les dissentimens proclamés sur sa nature; enfin, parce que chez les orientaux l'histoire des anciennes épidémies est enterrée dans d'obscures et indéchiffrables légendes. D'ailleurs, les questions les plus importantes ont été soulevées à propos du choléra de 1817; le conseil supérieur de santé, en France, a, sur le rapport d'un de ses membres, prescrit des mesures sanitaires judicieuses. Je ferai l'analyse de ce rapport, sorti en 1824 des presses de l'Imprimerie royale, non pas une analyse détaillée, l'espace me manque, mais une analyse philosophique et large, qui me permettra de juger l'esprit de ce travail et la valeur des opinions qui y sont émises. En attendant, je vais donner l'exposé des différens caractères de l'épidémie au Bengale, à la côte de Coromandel et à celle de Malabar, enfin aux Iles-de-France et de Bourbon.

Le choléra parut dans le zillah de Jessore, au Bengale, dans le mois d'août 1817; en septembre, il s'étendait du Burrampooter à la Jumna, dans un espace de 200 lieues. Du 6 au 8 novembre, il attaqua l'armée du lord Moira, et en enleva le huitième. Il se propageait dans toutes les directions, au nord, au sud, à l'est, l'ouest. Il s'affaiblit pendant l'hiver, et se réveilla avec violence au commencement des chaleurs. Voici sa forme la plus générale, telle que la signale le Bureau médical de Calcutta.

«Vomissemens et déjections alvines d'un fluide ordinairement pâle, aqueux, sans goût, sans odeur, rarement épais, verdâtre, rouge foncé, de consistance pulpeuse; crampes violentes et douloureuses, commençant aux doigts et aux orteils, et remontant vers les membres, l'abdomen, les flancs; peau de couleur plombée, bleuâtre, pourpre, livide; sueur visqueuse; soupirs entrecoupés; constriction précordiale; pouls imperceptible; voix basse et dure; face consternée; yeux fixes, vitrés, enfoncés, cernés; refroidissement de toute la périphérie,

prostration excessive; langue blanche; parfois délire, stupeur; coma. Invasion brusque, terminaison quelquefois foudroyante; durée variable d'une heure à trente ou trente-six heures. La guérison s'annonce par un sommeil profond, par une forte transpiration. Pendant la durée de l'attaque, urine rare et pâle. »

L'épidémie frappe de préférence les pauvres, les convalescens, les basses castes; elle attaque plus souvent les Hindous que la race musulmane, les natifs que les européens, les soldats que les officiers. Les influences atmosphériques sur le choléra ont été en décroissant dans l'ordre suivant: 1°. alternatives de chaleur et de froid dans un temps humide et pluvieux; 2°. alternatives de chaleur et de froid sans humidité; 3°. chaleur excessive sans humidité et sans vicissitudes de l'air. La nécropsie n'a fourni aucun caractère constant dans les lésions; les mêmes organes étaient tantôt sains, tantôt malades; néanmoins, l'estomac et les intestins présentaient fréquemment des arborisations, des suffusions sanguines sous la muqueuse, des points gangrénés, des ulcérations: le foie était gorgé de sang, mais cela n'était pas sans exception. Le phénomène dont les observateurs parlent avec le plus d'étonnement est l'existence, dans le canal digestif, d'une substance comme argileuse, qui emplâtre la surface; ils disent ce caractère propre au choléra, comme le vomissement noir l'est à la fièvre jaune. Voici ce que j'ai vu. Si la maladie s'est terminée brusquement, en une ou deux heures, je n'ai pas trouvé de sédiment pareil; le canal digestif ne m'a rien montré de nouveau dans le plus grand nombre des cas. Si la mort n'est survenue qu'un ou deux jours après l'invasion, j'ai rencontré en effet une matière qui m'a paru avoir la plus grande analogie avec ces couennes pultacées dont parle le docteur *Guersent*, et qui accompagnent certaines phlegmasies des membranes muqueuses.

En juin 1818, des régimens qui revenaient du Bengale en rapportèrent à Madras le choléra, qui commença par enlever en quelques jours trois cent quatre-vingt dix hommes, et qui subsistait encore

dans cette présidence en 1820. Il s'étendit le long de la côte de Coromandel, et fut observé à Pondichéry par un médecin français, sur l'opinion duquel je reviendrai. Le coma se montrait déjà plus fréquemment qu'au Bengale. A la fin de juillet, il atteignit l'infanterie du Nizam, à Aurimgabad : il conservait toujours sa forme du Bengale ; mais il se compliquait d'une teinte jaunâtre de la sclérotique, et d'une coloration pareille de toute la peau qui, chez les Cipahis, devenait à la fois terne et pâle. Ce fait est curieux, et renverse l'assertion des médecins qui prétendent que la fièvre jaune ne paraît jamais aux Indes orientales. Y a-t-il loin d'un Cipahi rendant par haut et par bas des matières sanglantes, pendant que sa sclérotique et sa peau sont tachées en jaune, à un nègre des Antilles attaqué de typhus ictérode? (Voyez page 26, n°. 7, du Rapport officiel publié à Bombay en 1819.) Ce même rapport va me fournir le tableau de l'épidémie, telle qu'elle parut dans le ressort de cette présidence en août 1818. Déjà elle avait éprouvé des modifications qui en altéraient la physionomie primordiale. Le fond cholérique subsistait bien toujours ; mais à côté des vomissemens, des évacuations alvines et des crampes, prenaient place des phénomènes variés, dont quelques-uns ne manquaient jamais, comme le délire, la stupeur et le coma ; dont les autres étaient moins fixes : c'étaient des trismus, des secousses ou des roideurs tétaniques, des tremblemens partiels ou généraux. Les médecins anglais qui étudièrent ces nouvelles formes, imposèrent à leur ensemble les noms de *cholera spasmodica, sicca, cholera hydrogene, tetanus epidemicus*, et voulurent en faire une maladie nouvelle, distincte du choléra du Bengale. Il est évident qu'ils étaient étrangers au fait des altérations analogues qu'éprouvait, en certains cas, l'épidémie, au Bengale même. Les termes du Médical-Board de Calcutta sont positifs : « *Sometimes stupor, delirium and other marked affections of the brain* ». Par une singulière aberration, les médecins de la Péninsule indienne donnaient à l'épidémie qui avait envahi une grande portion de l'Asie les noms par lesquels ils prétendaient désigner, comme affection nouvelle, le cholera dégénéré du Bengale ; c'étaient ceux de *woba, mor-*

dexim, *jurree-murree*, *visoochi*. Or, les Hindous appliquent ces noms divers à la même maladie, au choléra simple comme à celui dont les caractères extérieurs se sont modifiés. Ainsi les médecins anglais ne prouvent rien, si ce n'est qu'ils sont en contradiction avec eux-mêmes; car, d'un côté, ils prétendent que l'épidémie de l'Indostan n'est pas le choléra, et d'un autre côté, ils avancent qu'elle a ravagé le Bengale en 1817. Je dirai plus tard sur quoi ils établissent principalement cette différence. Avant de décrire les nouvelles formes du choléra dans la presqu'île, je ne puis me refuser le plaisir de faire connaître le tableau que donne du visoochi un ouvrage sanskrit cité par le docteur *Tailor*, le *Madhow-Nidan* : « Faiblesse, déjections « alvines, vomissemens, soif, douleurs aiguës dans les intestins, comme « s'ils étaient traversés par un fer de lance; vertiges, membres con- « vulsés ou *noués*, bâillemens, chaleur interne, céphalalgie violente, « rétention d'urine, coma, agitation continuelle, insomnie, picote- « mens douloureux dans le corps. » Voulez-vous à présent la description du choléra de l'Indostan, en 1818, par les médecins du gouvernement anglais? « Pouls imperceptible, refroidissement général; « sueurs visqueuses, crampes violentes; évacuations abondantes, « par haut et par bas, d'un liquide semblable à de l'eau de riz; désir « des boissons froides, horreur pour les chaudes; deux ou trois heu- « res après l'invasion, insensibilité, stupeur, coma profond, rebelle à « tous les stimulans; les mains sont décolorées, les ongles bleus, « l'œil enfoncé, les paupières livides, l'expression de la figure pleine « d'angoisse et d'abattement, la respiration laborieuse : parfois il y a « jaunisse dès le début; on voit aussi survenir des faiblesses. » (Page 50, n°. 10, du Rapport de Bombay.) Voilà la maladie chez les natifs : mais à côté, dans la même garnison, voici le 22°. de dragons européens, chez qui la même maladie revêt de nouvelles formes : le pouls est dur et tendu, la contracture des membres violente, le délire poussé jusqu'à la frénésie, la roideur souvent tétanique en avant, en arrière, sur un des côtés; les vomissemens et les selles ordinairement moindres, souvent rares, quelquefois impossibles, mal-

gré les nausées répétées et un ténesme presque continuel. (Page 33, n°. 9.)

La nécropsie découvre des congestions sanguines dans le foie, la rate, les poumons; la distension du système veineux par un sang noir et fluide; le tube digestif souvent sain ou diversement affecté; l'intérieur du crâne fortement injecté, ainsi que la surface du cerveau; constamment un épanchement de sang à demi-coagulé dans les ventricules du cerveau, surtout dans le troisième.

La mort peut survenir tout à coup; d'ordinaire elle a lieu dans un temps qui varie entre une heure et trente-six ou quarante-huit heures. La guérison se fait attendre trois ou quatre jours; souvent elle est remplacée par de la diarrhée, une hydropisie, une paralysie.

Dans sa propagation vers l'est et vers le nord, le choléra du Bengale n'avait pas subi d'altération profonde; il n'en est pas ainsi de celui qui fut introduit à Mauritius.

Le 20 septembre 1820, la frégate anglaise la *Topaze* quitta Calcutta. Son équipage avait librement communiqué avec les populations atteintes du choléra. Dès le commencement de la traversée, plusieurs individus furent pris de cette affection épidémique. Celle-ci tendit à se modifier dans l'espace étroit où elle était resserrée; de nouveaux symptômes compliquèrent les caractères purement cholériques, sans les faire disparaître : des charbons, des anthrax, finirent par se montrer. Plusieurs malades avaient succombé, quand la frégate mouilla au Port-Louis de l'Ile-de-France. La maladie qui régnait à bord se communiqua rapidement à la population de Port-Louis; elle fit, en six semaines, périr six mille hommes. Les noirs surtout furent ses victimes; la raison de cette funeste préférence est dans la misère et dans l'entassement de ces malheureux au fond de leurs cases basses et non aérées. Ils offraient les symptômes suivans : perte subite des forces, diminution, puis absence complète de chaleur et de pouls; sueurs froides et visqueuses; vomissemens, selles et crampes, mais plus rares qu'au Bengale; points noirs gangréneux sur

diverses parties de la surface du corps ; mort au bout de quelques heures, au plus tard au bout de deux jours.

A l'autopsie, les lésions les plus constantes ont été observées dans l'estomac enflammé, épaissi, recoquillé ; dans le reste du canal, surtout dans l'intestin grêle, arborisé, enflammé, ulcéré, gangréné. Le foie et la rate tantôt sains, tantôt siége d'une congestion.

De Mauritius quelques malades, malgré des mesures sanitaires rigoureuses, s'introduisirent clandestinement, en janvier 1821, dans le quartier Saint-Denis de l'Ile-Bourbon, qui en fut infecté, et compta en peu de temps deux cent soixante malades, et cent soixante-dix-huit morts, dont cent cinquante-quatre étaient des nègres.

Les formes de cette épidémie meurtrière s'éloignaient considérablement de celle du Bengale : c'était, aux yeux des médecins français, un typhus nosocomial ; aux yeux des Anglais, un choléra concontagieux. On voit que ces derniers ne tenaient compte que des symtômes cholériques qui survivaient ; et les premiers, que de ceux qui s'étaient entés sur le fond primitif. Ils paraissent, les uns et les autres avoir méconnu cette facilité de transformation qui distingue les maladies typhodes, sans que leur nature en soit changée.

J'arrive au rapport de M. *Moreau de Jonnès*. On doit lui savoir gré des recherches nombreuses auxquelles il s'est livré pour répondre dignement à la confiance du conseil de salubrité. Je ne puis le suivre dans tous les petits détails, je me borne à examiner la pensée qui préside au rapport. M. *de Jonnès* a voulu étudier la nature de l'épidémie dans ses causes de production et de propagation, afin d'éclairer la question des mesures sanitaires. Pour arriver à ce résultat, l'observation directe lui manquait ; il a dû juger en critique les opinions des agens officiels du service médical anglais ; mais il n'a pu donner qu'une description tronquée du choléra de 1817, parce qu'il faut, pour cela, être sur les lieux, et, de plus, être médecin. Voyons donc la partie critique. Je commence par reconnaître que le rapporteur a toujours raison contre le bureau de Calcutta ; il démontre parfaitement l'insuffisance des hypothèses mises en avant par ce der-

nier; j'avoue que de ces hypothèses, les unes sont ridicules, les autres incomplètes. Ainsi, quand le bureau croit que les vents ont bien pu importer au Bengale l'épidémie de 1817, M. *de Jonnès* coule à fond une pareille idée; quand ce bureau accuse une moisson de riz malsaine dans le royaume d'Oude, à deux cent cinquante lieues de Calcutta, d'avoir produit un choléra qui dura sept ans, il peut lui demander les preuves de cette espèce d'ergotisme nouveau, dont il n'y a aucune preuve, et renverser encore un pareil système. Mais quand M. de *Jonnès* avance, avec le bureau médical du Bengale, que la chaleur humide, les brouillards, les marais, les miasmes, l'agglomération des populations peuvent tout au plus influer sur l'action du choléra, mais non le produire; il devient évident que cet écrivain trace une ligne de démarcation entre le choléra de 1817 et les autres typhus épidémiques; car, n'est-ce pas dans la réunion de plusieurs de ces conditions que gît la cause la plus puissante et la plus générale du typhus? Et cependant on le voit comparer le choléra aux autres maladies pestilentielles : malheureusement cette comparaison reste stérile dans ses mains. Je pense que M. de *Jonnès* n'a pas appuyé sur un tel rapprochement, parce que l'épidémie cholérique de 1817 a ravagé des pays étrangers aux causes énumérées plus haut; comme si autre chose n'était pas d'être le berceau d'une épidémie, et autre chose d'être envahi par cette épidémie développée au loin. Ainsi, un typhus né au Bengale y revêt, sans que nous sachions pourquoi, la forme du choléra; il se complique, en se propageant, d'une manière souvent remarquable, mais ne perd pas entièrement sa physionomie cholérique. Celle-ci se complaît si fort au Bengale, qu'elle y dessine presque toutes les épidémies : on ne la voit pas sans doute surgir spontanément sur un plateau élevé, dans les mornes, dans les déserts de sables; mais la maladie fondamentale, dont elle n'est que l'écorce, peut, dans certains cas de prodigieuse intensité, s'élever au-dessus des basses terres, envahir ces positions privilégiées, et entraîner, comme son ombre, la forme cholérique, qui survit encore pour déposer du point de départ. A mes yeux, le choléra de

1817 est né, dans le Jessore, des miasmes que produit la chaleur du soleil sur des terres naguères inondées, et des exhalaisons végétales et animales si fortes, si putrescibles dans un climat brûlant. Si M. *de Jonnès* avait bien pesé le mot de *pestilentiel,* qu'il a accollé à celui de *choléra*, il classait cette affection dans la famille des typhus, et mon travail devenait inutile.

Le mode de transmission du choléra de 1817 présentait une foule d'irrégularités. Dans les commencemens, au Bengale, il attaquait de préférence les individus faibles et épuisés, rarement les enfans, plus rarement encore les femmes. M. de *Jonnès* oppose cette préférence du choléra, pour les constitutions détériorées, à celle qu'affecte la fièvre jaune pour les hommes les plus forts; mais on a vu, dans l'armée du lord Moira, dans les divers camps de la presqu'île de l'Inde, l'épidémie frapper sans exception jeunes et vieux, forts et faibles, pauvres et riches.

La question de la contagion à divisé les médical-boards de Calcutta et de Bombay; le premier nie la contagion; le dernier l'admet, du moins en certains cas.

M. *Jonnès* avance, pages 22 et 23, que la transmission se fait d'homme à homme, et ne s'opère par aucune propriété inhérente aux masses. Pourquoi pas? est-ce que les masses ne produisent pas de miasmes? ceux-ci ne peuvent-ils pas infecter soit un homme isolé, soit une autre masse?

Le bureau de Calcutta n'ayant pris aucune mesure sanitaire dans l'espace de trois ans, M. de *Jonnès* l'accuse, page 25, d'avoir voulu épargner à sa vanité l'humiliant aveu d'une négligence qui avait coûté la vie à une partie de la population. Certes, je ne me fais pas le champion du bureau; mais cet amour-propre, capable de continuer un crime, et incapable de reconnaître une erreur, est le sujet d'un reproche aussi injuste qu'il est cruel. Qu'aurait désiré M. de *Jonnès*? Des règlemens sanitaires. Lesquels? Était-ce la séquestration des populations malades? Mais leur concentration eut donné plus d'activité à l'épidémie. Était-ce l'isolement des populations saines, à l'aide d'un

cordon sanitaire? Mais que pouvaient des cordons sanitaires contre des influences inhérentes au pays même? Il eût fallu changer la nature du Bengale, ses marais, son air, ses chaleurs. D'ailleurs, aucun fait ne prouve que l'épidémie ait été contagieuse au Bengale. Mais en traversant l'Inde, elle avait éprouvé une profonde altération ; la propriété contagieuse ne pouvait-elle pas s'être développée? Et l'opinion du bureau de Bombay, confirmative de la contagion, ne justifie-t-elle pas celle que professe M. de *Jonnès?* Je commence par m'étonner que M. le rapporteur soit de l'avis du bureau de Bombay, lui qui semble avoir tenu si peu de compte de la nouvelle forme du choléra dans cette présidence. Ensuite, je crois pouvoir avancer que le bureau de Bombay ne croit pas à la contagion sans restriction. Les médecins qui ont signé le rapport avouent l'infection et même le déplacement des foyers d'infection, mais nient en général la contagion d'homme à homme. Cependant des observateurs attentifs et conciencieux écrivent que si, dans un très-grand nombre de cas, la contagion n'a pas lieu, il y a aussi, en faveur de la contagion, des faits irrésistibles. Il y a donc un milieu entre la négation et l'affirmation absolues de la contagion; l'examen des documens me fait penser que le bureau de Bombay l'a gardé. Cette question, si difficile dans l'Inde, s'éclaire, je crois, par ce qui s'est passé à Mauritius et à Bourbon. Une frégate partie du Bengale compte dans sa traversée plusieurs cholériques ; l'affection change peu à peu de forme, mais conserve pourtant plusieurs des caractères propres au choléra ; l'épidémie, dont les modifications s'expliquent par l'entassement des malades, se communique à la terre; être unique au fond, complexe dans sa forme, elle divise les médecins sur sa nature, parce que sa physionomie cholérique était entièrement inconnue à Mauritius; enfin, l'isolement absolu prévient la maladie, la liberté des relations la propage. On voit quatre nègres qui avaient soigné une vieille femme prise de l'épidémie périr tous en deux jours de la même affection; rien ne prouve qu'ils eussent séjourné dans un autre foyer d'infection. Que ce soit là une simple infection, et non une véritable contagion, soit, je le veux bien; mais il me reste démontré

qu'un seul malade a pu devenir un foyer d'infection pour quatre hommes sains. Après tout, quand même des faits contradictoires s'élèverait, que prouveraient-ils, en définitive? C'est que la propriété contagieuse du Choléra de 1817 à 1824, probablement nulle au Bengale, sujette à contestation dans l'Indostan, admise, d'après quelques faits, à Mauritius et à Bourbon, paraît liée aux altérations progressives de la forme, à l'évolution naturelle du type primitif, mais qu'elle ne s'exerce pas nécessairement; qu'on la voit rester inactive, se réveiller, disparaître encore, sans qu'on puisse expliquer ces anomalies. Mais n'en est-il pas ainsi des épidémies dont on admet généralement la contagion, du typhus d'Orient lui-même?

J'abandonne le rapport de M. de *Jonnès;* je n'en ai touché que les points culminans; j'entrerai de vive voix dans de plus grands détails, si mes examinateurs le désirent.

Si l'on s'arrêtait aux caractères de surface, toutes les fois qu'on rencontre sumultanément des évacuations alvines, des vomissemens et des crampes, on serait porté à les regarder comme représentant un même être. Mais une maladie ne se juge pas seulement par son extérieur; on doit l'étudier surtout dans les causes qui la produisent, qui lui imposent son génie spécial, et dans les circonstances qui modifient sa forme. Une telle recherche établit une énorme différence entre le choléra accidentel et celui qui se développe épidémiquement; cette distinction capitale ne se trouve franchement exposée dans aucun des documens publiés sur le choléra des Indes Orientales, et en particulier sur celui de 1817 à 1824; aussi l'embarras des observateurs se trahit-il dès l'abord. Le choléra épidémique présente le même ensemble de symptôme que l'accidentel; ils sont obligés de l'avouer: mais, n'ayant pas reconnu entr'eux cette différence des causes qui en détermine la nature diverse, ils cherchent à les distinguer par un caractère superficiel, je veux dire l'absence prétendue de la bile dans les matières du premier. Or, on voit fréquemment la matière des vomissemens et des selles sans couleur et sans amertume dans le choléra accidentel. Mais ces matières n'étaient pas toujours décolorées dans

l'épidémie cholérique de 1817, le témoignage du bureau de Calcutta lui-même est décisif. « La matière des vomissemens, au début, est « généralement incolore ou d'un blanc laiteux, *quelquefois de couleur « verte ;* de même, les évacuations alvines, ordinairement semblables « à de l'eau trouble, sont parfois rouges et sanglantes, et dans un « petit nombre de cas elles ressemblent à une pulpe verte. » Que devient dès-lors ce caractère différentiel, admis par une observation peu judicieuse? Si elle avait étudié les causes de l'épidémie, elle n'eût pas été réduite à l'appeler anomale; elle lui eût reconnu, non vaguement et instinctivement, mais par une comparaison éclairée, un génie commun à d'autres maladies déjà classées; elle l'eût rapprochée de ce groupe pathologique dont voici le signalement : « Pyrexie à type continu ou rémittent, pouvant se développper spontanément chez un individu isolé et étant alors sporadique, mais naissant le plus souvent sous l'influence de miasmes de nature et d'origine diverses, et étant alors épidémique ou endémique. » Cette définition est de M. le professeur *Andral*.

Bien que mes idées sur la nature typhode du choléra spontané soient d'une date antérieure à la publication de l'article *Typhus* du Dictionnaire de médecine, je suis heureux de reconnaître que la lecture de ce morceau, en me confirmant dans mon opinion, a rendu plus facile la tâche que je me suis imposée; aussi mon travail peut-il en être regardé comme un corollaire. Voyons donc sous quelles influences se produisent d'ordinaire les typhus. Ce sont les émanations miasmatiques des marais, les effluves qui s'exhalent des matières organiques en putréfaction, des cloaques, des vidanges : ajoutez que l'énergie de ces causes s'accroît par la malpropreté, les émotions tristes, une alimentation insuffisante. Si celle-ci est malsaine, seule, elle est capable de produire un typhus. Si quelquefois des typhus se sont développés indépendamment de ces causes, on doit constater le fait, ne l'admettre qu'après bonne enquête, et, dans tous les cas, reconnaître que rien n'est plus rare.

L'action primitive des causes est la même dans toutes les espèces de

typhus; c'est constamment une altération profonde du sang et surtout de l'innervation : leur action consécutive, celle qui préside aux résultats de cette altération fondamentale, celle qui détermine les formes qui en sont la traduction, reste et restera sans doute ignorée. Nous savons tout au plus que le typhus d'Europe est dû le plus souvent aux émanations animales, que la fièvre jaune et la peste ont pour causes ordinaires les exhalaisons du sol; nous sommes forcés de nous arrêter là.

Le génie commun à ces typhus variés est bien connu, bien déterminé; mais que savons-nous de la diversité de leurs formes? Pourquoi la spécialité nosocomiale en Europe, la fièvre jaune en Amérique, la peste en Orient? La réponse est impossible. On peut seulement observer que les formes de ces différentes espèces se modifient, se compliquent les unes les autres. Eh bien! toutes ces réflexions ne s'appliquent-elles pas au choléra épidémique? Je le répète, l'Inde présente constamment des épidémies cholériques; on les voit naître le plus souvent dans la saison des pluies; le Bengale en est la plus commune, mais non la seule patrie; l'Indostan et la presqu'île ont aussi part, dans la saison pluvieuse, à ce funeste privilége. L'épidémie de 1817 est née dans le Jessore, contrée qui a le plus grand rapport avec la Basse-Égypte : elle a couvert l'Asie, dans un espace de treize cent quarante lieues, nord et sud, et de dix-neuf cents lieues, est et ouest, en suivant de préférence la direction des grands cours d'eau, des vallées basses et humides. Ne sont-ce pas les mêmes causes, les mêmes caractères généraux que pour les typhus? Ne voit-on pas le choléra épidémique se modifier peu à peu, de manière à présenter, ici, des symptômes de fièvre jaune, là, ceux de la peste? D'autre part, sa forme n'est-elle pas assez tranchée, assez constante, pour mériter une place distincte dans le groupe des typhus? La forme cholérique, quoique se compliquant, ainsi que le font les autres formes typhodes, ne s'efface jamais entièrement; elle doit servir au moins comme point de départ, à caractériser une espèce nouvelle, qu'on pourrait désigner sous le nom de *typhus d'Asie*. Maintenant, si je considère la rapidité

de sa marche, la violence de ses symptômes, l'étendue de ses ravages, je crois devoir le placer entre le typhus d'Amérique et le typhus d'Afrique.

Le classement du choléra épidémique parmi les typhus, fait justice du dogmatisme mystique des Hindous, des opinions systématiques de l'école de Brown, des vues étroites et si tranchantes, si absolues, de la doctrine qui se dit exclusivement physiologique. Le mode de traitement dans lequel se résolvent, en dernier résultat, ces opinions si divergentes, se trouve donc presque jugé dès à présent. Néanmoins, entrons dans quelques détails sur les médications adoptées.

Les médecins natifs, accusant de la production du choléra l'influence d'un esprit malfaisant, ont pour indication première celle d'apaiser ce puissant ennemi ; de là les sacrifices, les invocations. Mais comme, dans tous les pays du monde, les amulettes marchent de front avec les remèdes, ceux-ci n'ont pas manqué. Ils consistent le plus généralement dans des potions très-stimulantes à l'intérieur ; dans l'application sur l'abdomen d'une pâte faite de feuilles de tabac hachées et de mélasse, et étendue à l'aide d'un bambou, comme nos pâtisseries d'Europe ; enfin, mais seulement à la presqu'île de l'Inde, dans l'ustion de la plante des pieds avec un fer rouge, et dans l'emploi d'une pantoufle pour battre cette partie, et *empêcher la sérosité de soulever l'épiderme.*

Je passe condamnation sur le mélange qui empêtre l'abdomen ; je discuterai plus bas le mérite des stimulans. Mais si l'on se rappelle que la période de congestion cérébrale est constante à la Péninsule, la violente inflammation que cause le fer rouge, la révulsion puissante augmentée par la *savate*, tout cela est parfaitement indiqué.

Dans leur contact avec les Européens, les Hindous leur ont emprunté de nouveaux moyens de traitement ; déjà en 1780, ils voulaient, à l'exemple des Anglais, user de forts purgatifs pour faire couler la bile, dont ces étrangers leur apprirent l'absence dans les

matières; mal leur en prit, au dire du docteur *Curtis*, du père *Bartholomeo*, etc. De nos jours, ils ont introduit la saignée dans le traitement de leurs compatriotes vigoureux; mais ce moyen ne leur a pas toujours réussi, même dans l'Indostan. On a remarqué que la prostration des forces était trop souvent irrémédiable chez les races indigènes.

On voit, dans les documens anglais, que les médecins de cette nation ont fini par affecter un traitement spécial à chacune des deux formes les plus constantes de l'épidémie. Au Bengale, où domine la forme convulsive, il est antispasmodique; le docteur *Corbyn* y a attaché son nom. Administration, en une seule fois, de quinze grains de calomel, soixante gouttes de laudanum, vingt gouttes d'esprit de menthe poivrée dans deux onces d'eau chaude; si les accidens ne cèdent pas, nouvelle potion avec augmentation d'un quart dans les doses du calomel, du laudanum et de l'esprit de menthe. Le lendemain, trente grains de jalap. Si les spasmes gagnent l'abdomen, large vésicatoire sur cette partie. Chez les Européens, larges saignées au début, employées comme sédatives; moyens rarement utile chez les natifs, même jeunes et forts. L'eau froide en boisson est regardée comme mortelle; bains chauds, friction. Je commence par consigner le résultat qu'on attribue à ce mode de traitement : sur cent dix malades, deux morts. Je sais que l'on n'a pas toujours été aussi heureux; mais ce chiffre n'en parle pas moins haut. Le docteur *Corbyn* croit que le calomel, à la dose de huit ou dix grains, irrite; mais qu'à vingt grains et au-dessus il est sédatif. Cette opinion n'est pas universelle chez les Anglais; aux yeux des uns, le calomel conserve ou rétablit l'équilibre de la circulation; aux yeux des autres, il sert, après que l'opium a dissipé les spasmes, à désobstruer les conduits biliaires; il en est enfin qui pensent que le calomel irrite dans tous les cas et à toutes les doses. Le docteur *Corbyn* emploie le jalap, d'autres médecins l'huile de ricin, pour prévenir la constipation qu'amène l'opium. Ces purgatifs sont dangereux, en ce qu'ils produisent des évacuations qu'il faut, avant tout, arrêter. Mais que penser de la proscription de l'eau

fraîche, sous peine de mort inévitable? Il est évident que, témoins d'une mort survenue pendant qu'un malade en goûtait, les Anglais ont accusé cette eau d'un résultat uniquement dû à la violence de la maladie.

Traitement de la présidence de Bombay. Dans la propagation du choléra à travers la péninsule, la prédominance convulsive avait fait place, sans disparaître toutefois, à une tendance marquée vers les congestions, vers celle de la tête surtout. Le délire, le coma, un carus apoplectique, des contractions et des secousses tétaniques, caractérisaient cette période dans laquelle une observation superficielle voyait tout au plus une dégénération du choléra du Bengale, et non sa filiation légitime, bien qu'éloignée. Le traitement du docteur *Corbyn*, employé d'abord sans succès, fut abandonné pour un nouveau mode de curation, dans lequel l'usage des stimulans les plus énergiques, internes et externes, se combinait avec l'expresse recommandation de copieuses saignées. Sans doute, si les médecins de Bombay avaient conseillé d'ouvrir largement les veines pour combattre le délire et le coma; de chercher par les bains chauds, les bains de vapeurs alcoholiques, les frictions irritantes, les vésicatoires, à déterminer un mouvement vers la périphérie; de pousser à la réaction par l'administration de l'ammoniaque à l'intérieur; d'opposer aux accidens nerveux l'éther, et même l'opium (ce dernier seulement après avoir dégagé la tête); enfin, de tenter une révulsion vers les extrémités par les sinapismes, même par l'eau bouillante; je ne pourrais qu'applaudir à une médecine aussi rationnelle : mais bien que toutes ces indications se trouvent consignées dans les rapports publiés à Bombay, en 1819, elles le sont vaguement, confusément ou isolément; de façon que tel praticien saisit l'une d'entre elles, tel autre une seconde, et ainsi de suite. En outre, on rencontre dans le même rapport deux indications opposées, comme la saignée et l'usage intérieur de l'alcohol : on y voit aussi administrer l'opium quand le délire, la stupeur et le coma sont survenus; les stimulans les plus énergiques,

quand il y a de la réaction ; le calomélas comme *sédatif ;* enfin, si la peau est froide, le pouls imperceptible, on bourre le malade de larges doses d'éther, d'ammoniaque, d'opium, d'esprit de menthe, d'épices, d'eau et d'alcohol chauds. L'eau fraîche est proscrite comme au Bengale, opinion que n'étaie aucune théorie raisonnable, que ne justifie aucun fait bien observé.

Quelques chirurgiens français ont vu l'épidémie de Calcutta ; ils ne saignaient personne, quoi qu'ils eussent affaire à des matelots européens robustes; ils prescrivaient la limonade *fraîche*, des potions opiacées, les bains et les lavemens émolliens, les sinapismes aux extrémités. Leur pratique était heureuse, mais s'étendait rarement aux natifs, dont le choléra était plus meurtrier que celui des Européens. Leurs idées sur l'épidémie sont incomplètes ; ils ont ignoré ses modifications si nombreuses, celles qui sont marquées par le délire et le coma entre autres. Les Annales de la médecine physiologique ont fait grand bruit (1823, n°. 7) d'une thèse soutenue à Strasbourg, le 4 janvier 1823, par le docteur *Gravier*, chargé en chef du service de santé dans l'Inde Française. Ce médecin observait à Pondichery, côte de Coromandel. Déjà le choléra du Bengale, dans sa migration par terre, s'était compliqué de congestions fréquentes vers le cerveau. Cette modification paraît avoir échappé au docteur, qui frappe d'une réprobation absolue l'opium et les autres antispasmodiques, directs ou indirects, dirigés spécialement contre la forme convulsive du Bengale. Après la prescription obligée de la diète, des boissons adoucissantes, des lavemens émolliens, des saignées générales, des saignées locales, surtout à l'épigastre; il résume son opinion sur la nature de l'épidémie en cette formule sacramentelle : « Je conçois le choléra de « l'Inde comme une irritation phlogistique du canal digestif, qui « d'abord se présentait sous la forme nerveuse, en raison des sym« pathies qu'elle mettait en jeu, et qui pouvait devenir mortelle, en « épuisant les forces par les convulsions et la douleur; mais qui, si « elle se prolongeait, ne manquait jamais de revêtir le caractère in« flammatoire. » On voit que ce docteur n'établit aucune distinction

entre le choléra accidentel et l'épidémique, qui est toujours spontané. Malgré son dogmatisme prétentieux, ou peut-être à cause de cela, la proposition que je viens de citer n'obtiendrait pas une réfutation sérieuse, si ce n'étaient les éloges prodigués par le docteur *Richond*, à la thèse d'où elle est extraite, et l'importance qu'a attachée à ce faible travail le bureau des Annales. Voyons donc cette formule : « *irritation phlogistique du canal digestif.* » Sans doute cette irritation est représentée par les vomissemens et les selles. Mais quoi! les évacuations seules constituent-elles le choléra? N'y a-t-il pas toujours aussi des crampes? Les évacuations et les crampes ne marchent-elles pas de front? leur apparition n'est-elle pas contemporaine? Bien plus, ne voit-on pas quelquefois les crampes précéder les vomissemens et les selles; dans la présidence de *Bombay*, par exemple? Alors, pourquoi ne pas faire tout dater des crampes? l'un serait aussi légitime que l'autre. Mais, je suppose les crampes postérieures aux évacuations; n'y a-t-il pas encore avant celles-ci un malaise général, un grand trouble? car l'explosion n'est pas d'ordinaire tellement brusque, qu'elle manque de prodromes : hé bien! ne serait-il pas plus logique de définir la maladie d'après ses prodromes? Je ne vois pas trop où s'arrêterait un raisonneur conséquent avec lui-même, qui, au lieu de juger une affection par l'ensemble de ses causes et de ses symptômes, prendrait pour base de son appréciation des phénomènes isolés : or, les vomissemens et les selles ne sont pas autre chose. Mais je laisse ce point d'argumentation, et je passe, avec le docteur *Gravier*, à la nécropsie. Il y a évidemment dans le tube digestif des traces d'inflammation et même de gangrène; est-ce à dire que le choléra n'est qu'une gastro-entérite suraigüe? Mais voilà, ici, un foie gorgé de sang; là, une rate, un poumon devenus le siége d'une congestion semblable; au même titre, le choléra est donc une hépatite, une splénite, une pneumonie? Il est vrai que l'auteur proclame l'intégrité des viscères du thorax, du crâne; la preuve? C'est qu'il n'a ouvert que la cavité abdominale; lui-même en fait l'aveu : cela est concluant, comme l'on voit. De la théorie, passons à la pratique. On voit, par

la thèse du docteur lui-même, que le choléra du Bengale s'était modifié en passant à la côte de Coromandel, et que la période de congestion cérébrale était devenue plus fréquente. Il n'est donc pas étonnant que les antiphlogistiques aient réussi à Pondichéry comme dans le reste de la Péninsule. Je m'étonne seulement que, dans deux cas cités par le docteur *Gravier*, il ait osé, le lendemain d'une gastro-entérite suraiguë, administrer à chacun de ses malades un minoratif salin : heureusement chaque dose n'était que de quelques gros, et les malades n'en guérirent pas moins. Peut-être le docteur voulait-il, comme ses correspondans les médecins anglais, *désobstruer* aussi les conduits biliaires. En tout cas, cela était bien hardi à lui. Il y avait là une petite contradiction avec lui-même : en voici une plus grosse. Il avoue qu'à tout prendre, les stimulans n'étaient pas si dangereux, qu'ils pouvaient même guérir; tandis que la maladie, livrée à elle-même, était constamment mortelle. Je nie d'abord cette dernière proposition; mais, si les stimulans réussissaient, que devient cet *hosanna* qui retentit de l'Inde à Paris en faveur des seuls antiphlogistiques?

De l'étude comparative de ces théories et de ces méthodes de traitement ressortent les propositions suivantes, dont quelques-unes sont la conséquence de mon opinion sur la nature typhode du choléra épidémique, dont plusieurs constatent des faits observés par d'autres ou par moi.

1°. Le choléra épidémique est un empoisonnement miasmatique; on peut donc l'éviter par l'éloignement du foyer d'infection. Si l'on y est exposé, on peut s'y soustraire, jusqu'à un certain point, par un régime tonique et modéré, par la confiance, la fermeté; par l'attention à fuir tout ce qui active l'absorption, comme les pertes de sang et de sperme, l'exposition à l'humidité de la nuit, etc. Il sévit principalement contre les populations pauvres, mal nourries, mal vêtues. D'ordinaire, il attaque plutôt les hommes que les femmes et les enfans; quant au vieillards, ils en sont atteints bien plus rarement, mais plus dangereusement.

2°. Si l'empoisonnement a eu lieu, on ne peut espérer de le neutraliser directement; on est réduit à combattre ses accidens. Cependant la raison analogique ne peut-elle pas autoriser l'emploi du chlore, soit gazeux et inspiré, soit dissous dans l'eau, et porté dans les premières voies? Je l'ai vu, dans l'amphithéâtre de M. le professeur *Orfila*, arrêter les accidens produits par l'ingestion de l'acide prussique de *Scheèle*, dans l'estomac de deux chiens. Au reste, si le chlore est impuissant contre un empoisonnement consommé, il reste toujours le meilleur des agens pour le prévenir par sa force désinfectante.

3°. Si la mort n'a pas lieu brusquement, l'indication à suivre est indiquée par l'espèce des symptômes. La forme spasmodique est-elle prédominante, comme au Bengale, mais renfermée encore en de certaines limites, le traitement est tracé par *Syndenham :* délayans à l'intérieur, lavemens émolliens, fomentations chaudes, puis laudanum à la dose de vingt gouttes, qu'on peut répéter; si la peau est chaude et le pouls dur, comme chez les hommes robustes, au début, sédation au moyen de la saignée. Mais si la peau devient froide et se couvre d'une sueur visqueuse; si le pouls devient imperceptible, les extrémités insensibles, les spasmes plus violens, on plongera le malade dans un bain très-chaud, on lui donnera des potions avec trente et quarante gouttes de laudanum, et trente gouttes d'éther sulfurique, qu'on renouvellera si les accidens persistent. Les liquides sont-ils rejetés, l'opium sera pris solide, à la dose de un à quatre et cinq grains; l'éther sera mis sur un peu de sucre. L'estomac les repousse-t-il encore, on les passera en lavement, en même temps on frictionnera le corps avec des linges chauds; on appliquera des sinapismes aux extrémités, de larges vésicatoires sur l'abdomen et le thorax. L'eau fraîche aura le double avantage de calmer une soif intolérable, et de rendre les vomissemens moins douloureux.

4°. La période de congestion vers la tête, de stupeur, de coma, vient-elle, comme dans la presqu'île de l'Inde, compliquer la forme convulsive de l'épidémie; la saignée est la principale indication

chez les hommes robustes, chez les Européens surtout : on doit en suivre attentivement les effets chez les natifs, même jeunes et forts. L'opium est dangereux à cause de son action sur le cerveau ; il faut se hâter de recourir aux bains chauds, aux frictions irritantes, aux bains de vapeur d'alcohol et de camphre, aux sinapismes, à l'ustion même de la plante des pieds, et à la *savate*, comme le font les Hindous ; aux vésicatoires sur les cuisses, l'abdomen, le thorax, même à l'aide de l'eau bouillante. Quand on a largement saigné le malade, et qu'on a tout à fait dégagé la tête, on peut, mais avec réserve, essayer l'opium contre les spasmes; toutefois l'éther est plus sûr. On cherche surtout à déterminer une réaction : on administre douze à quinze gouttes d'ammoniaque liquide dans un demi-verre d'eau ; c'est un puissant diaphorétique. Il est remarquable que l'ammoniaque est d'un emploi populaire dans l'empoisonnement par la piqûre des serpens venimeux. Comme dans le choléra de la Péninsule, la susceptibilité de l'estomac est moindre que dans celui du Bengale, on retire des potions ammoniacales d'excellens effets ; elles ne seraient pas supportées au Bengale. Quand on a affaire à des individus affaiblis et à la raçe indigène, on doit mettre de la prudence à ouvrir la veine ; les applications de sangsues au cou, derrière les oreilles, aux tempes, valent mieux.

5°. Quand il y a des roideurs tétaniques générales, du trismus, des *spasmes toniques* enfin, il faut faire plusieurs saignées générales et locales. C'est le seul moyen de les abattre et d'éloigner le délire, le coma. Ce n'est qu'après de copieuses évacuations qu'on peut administrer, par la bouche ou en lavemens, quarante, cinquante, soixante gouttes de laudanum. Cette forme effrayante n'a pas cependant exercé beaucoup de ravages. En 1819, elle attaqua le 22°. régiment de dragons anglais, et rarement les natifs.

6°. La maladie avait acquis une intensité dangereuse en arrivant à l'Isle de France ; l'altération du type primitif était frappante. On recourut d'abord aux stimulans, aux amers, comme à l'esprit de gen-

tiana chirayta. Il paraît qu'on n'en retira pas d'avantages ; l'épidémie était meurtrière. Alors on employa un mélange d'huile d'olives, de camphre et d'opium, auquel on attribuait des propriétés merveilleuses. Si l'on se rappelle que la prostration était excessive et la tête libre, on concevra aisément l'utilité de cette mixture. Chose singulière ! on s'en servait à la fois à l'Isle de France contre le typhus cholérique dégénéré ; en Amérique, contre la fièvre jaune ; en Afrique, contre la peste. Néanmoins, quand je songe qu'en six semaines l'épidémie dévora six mille hommes, je me tiens en garde contre l'efficacité de ce médicament. Je crois qu'à Mauritius le traitement devait tendre à ranimer l'énergie vitale, et à détourner les congestions qui menaçaient les viscères. Ainsi les stimulans diffusibles à l'intérieur devaient marcher de front avec les fomentations chaudes, les bains de vapeurs alcoholiques camphrées, les vésicatoires volans, les sinapismes aux extrémités. Si un mouvement de réaction devenait trop prononcé chez les hommes trop vigoureux, on pouvait ouvrir la veine, mais avec réserve. A mesure qu'on voyait apparaître les anthrax et les charbons, on devait les borner par l'application vigoureuse des caustiques. Malheureusement, l'évolution rapide de la maladie laissait trop souvent peu de prise au traitement.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ex sanguinis profluvio, deliratio aut convulsio, malo est. *Sect.* 7, *aph.* 9.

II.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Ubi delirium somnus sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

IV.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundum eos ætate consistentes, minimum adolescentes, omnium verò minimè pueri; atque inter ipsos qui alacriores sunt. *Sect.* 1, *aph.* 13.

V.

Medicum prænotioni operam dare optimum esse mihi videtur. *Prænot.*, *lib.* 1, *sect.* 1, *aph.* 1.